N° 30.

APPRÉCIER
LES MÉTHODES OPÉRATOIRES
DE LA FISTULE
VÉSICO-VAGINALE.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 26 Avril 1852;

PAR

Adriano-Aug. LARICA,

DE MADÈRE (ÎLE PORTUGAISE);

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Bachelier ès-Sciences, Élève de M. le professeur Alquié, Élève de l'école pratique d'anatomie et de chirurgie, Délégué de la Faculté de médecine dans le département de l'Hérault (Suette miliaire de 1851).

> Il n'existe aucune observation bien détaillée, bien authentique de guérison de fistule du bas-fond de la vessie, avec perte de substance et de date ancienne.
>
> (VIDAL (de Cassis), t. V.)

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE L. CRISTIN ET Ce, RUE DU FOUR-GENIÉS, 4.

1852.

0 1 2 3 4 5

A Monsieur Alquié,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, Président de la Commission médicale de l'Hérault (Suette de 1851), Ancien chef de travaux anatomiques, Lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Hommage de vive reconnaissance.

LARICA.

A MES COLLÈGUES

Accourus au secours des habitants de l'Hérault
(Suette miliaire 1851) ,

et en particulier

à Benjamin DUNAL ,

Médaillé du choléra (1849), Chirurgien interne des hôpitaux,
Vice-Président de la société médicale d'émulation.

Puissions-nous être toujours animés des mêmes sentiments envers l'humanité souffrante.

LARICA.

A meu muito estimado Pai Fortunato L. LARICA.

Tudo o que sou vos devo; conheço os grandes sacrificios que por mim fizestes; dignai-vos receber este trabalho como uma ligeira prova de minha amizade e gratidão.

A MINHA TIA ZOZIMA C. LARICA.

Achei em vós a protecção e a amizade de mae, em mim encontrarás o reconhecimento d'um filho e d'um protegido.

AO ILL^{mo} E REV^{mo} SNR. CONEGO JERONIMO ALVARES DA SILVA PINHEIRO.

Permitti que n'este dia solemne o vosso nome seja inscrito na lista dos meus amigos.

A TODOS OS MEUS PARENTES E AMIGOS.

LARICA.

APPRÉCIER LES MÉTHODES OPÉRATOIRES

DE

LA FISTULE

Vésico-Vaginale.

APERÇU ANATOMIQUE.

Avant de nous occuper des diverses méthodes qui ont été employées dans le traitement des fistules vésico-vaginales, nous croyons nécessaire de jeter un coup-d'œil rapide sur l'anatomie chirurgicale des parties qui sont le siége de cette lésion.

Le vagin, ce conduit membraneux qui s'étend depuis la vulve jusqu'à l'utérus, tout à la fois organe de copulation chez la femme, et canal destiné d'une part, au passage du sang menstruel, d'une autre part, au passage du produit de la conception, est situé dans l'excavation du bassin, entre la vessie et le

rectum. Sa longueur, de quatre à cinq pouces, est quelquefois moindre ; sa forme est celle d'un cylindre aplati d'avant en arrière, à parois toujours contiguës, comme on le voit lors de l'application du spéculum. Il est élastique, dilatable dans toute sa longueur, principalement dans sa portion utérine qu'on peut appeler, d'après les auteurs, *ampoule vaginale*.

La paroi antérieure du vagin est remarquable par ses rapports avec le bas-fond de la vessie qui, chez la femme, est beaucoup plus large que profond, différence qui tient, selon M. Jobert de Lamballe, à l'absence de la prostate. La réunion du vagin et de la paroi inférieure de la vessie constitue la cloison vésico-vaginale, cloison étendue qui s'avance en arrière jusqu'au col de l'utérus, et en avant jusqu'au col de la vessie : la réunion de ces deux organes est constituée par un tissu filamenteux très serré, qui ne permet pas aux deux parois de s'éloigner l'une de l'autre, et qui explique pourquoi la vessie et le canal de l'urètre sont constamment entraînés dans le déplacement de l'utérus. Ces rapports varient d'ailleurs selon l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Si la vessie ne contient pas d'urine, ses parois sont affaissées sur elles-mêmes, un peu rétractées, et elles reposent sur la partie supérieure du vagin et sur l'origine de l'utérus ; si elle est distendue par

l'urine, elle envahit alors une surface plus considérable, et dépasse les parties latérales du vagin et le col de l'utérus.

La disposition du péritoine dans ces deux cas est différente : à l'état de vacuité, le péritoine forme des replis apparents au-dessous d'elle et dans les points qui correspondent aux parties supérieures du vagin; dans l'état de plénitude, ces replis s'effacent, et se prêtent, en se distendant, au développement de l'organe. La cloison vésico-vaginale n'offre pas le même degré d'épaisseur en avant qu'en arrière, et au milieu que sur ses côtés. En avant, elle est plus épaisse que partout ailleurs. En arrière, le vagin répond au rectum par l'intermède du péritoine dans son tiers ou quart supérieur, immédiatement dans ses deux tiers ou trois quarts inférieurs.

La surface interne ou muqueuse du vagin est recouverte par un épiderme très facile à démontrer qui se prolonge jusqu'à l'orifice utérin. L'intérieur du vagin est remarquable surtout par le nombre de rides qu'on y rencontre, rides diversement disposées, les unes parallèles à la direction du canal, les autres affectant une direction oblique. L'extrémité supérieure ou utérine du vagin est tellement disposée, qu'elle semble se continuer avec le col de l'utérus, en formant une rigole annulaire; cette rigole est plus profonde en arrière qu'en avant,

parce que l'insertion du vagin se fait plus bas en avant qu'en arrière du col ; il résulte de là, qu'en arrière le péritoine tapisse le vagin, et qu'en avant il en est séparé par le col de l'utérus et de la vessie qui reposent sur lui.

L'extrémité inférieure ou orifice vulvaire termine en avant le vagin, et présente une saillie transversale extrêmement rugueuse, qui s'aperçoit aussitôt qu'on écarte les grandes et les petites lèvres, et rétrécit sans l'obturer l'entrée du vagin. Chez les vierges, l'orifice vulvaire est pourvu d'une membrane, membrane hymen, espèce de diaphragme placé entre les parties génitales internes et externes.

Quant à la structure du vagin, une membrane propre, une tunique externe, une muqueuse qui tapisse le conduit, et enfin une membrane séreuse qui recouvre une très petite partie de la surface externe du vagin. Notons, pour terminer l'anatomie de ce conduit, le bulbe du vagin, corps caverneux considérable, qui remplit l'intervalle qui sépare l'entrée du vagin des racines du clitoris. Les artères du vagin viennent de l'hypogastrique, les utérines lui envoient aussi quelques ramifications. Les veines vont se rendre aux hypogastriques. Les lymphatiques vont aboutir aux ganglions lymphatiques du bassin. Les nerfs viennent du plexus hypogastrique.

Parmi les parties de la vulve qui ont été utilisées

dans le traitement des fistules vésico-vaginales, citons les grandes et les petites lèvres : les premières, formées par deux replis cutanés, plus épais en avant qu'en arrière, présentant une face externe, recouverte de poils ; une face interne, humide et lisse, contiguë à la face interne de la grande lèvre du côté opposé. Leurs extrémités postérieures s'unissent sur la ligne médiane, en formant un rébord membraneux, qu'on nomme commissure postérieure ou fourchette.

Voilà à peu près tout ce que nous avions à dire sur les parties constituant le vagin, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; nous ne dirons maintenant que quelques mots de la vessie, cavité musculo-membraneuse, et qui sert, comme on le sait, de réservoir à l'urine. Parmi les nombreux rapports qu'elle affecte avec les parties voisines, nous dirons que la base de la vessie répond, chez la femme, non seulement au vagin, mais encore à la moitié inférieure du col de l'utérus. L'adhérence de la vessie au vagin, comme nous avons eu occasion de le noter plus haut, est serrée; sur le col de l'utérus, au contraire, elle est lache. Quant à sa structure, une membrane péritonéale, manquant à la base, une membrane musculeuse, sur laquelle M. Mercier a surtout appelé l'attention ; enfin, une tunique muqueuse, se moulant en quelque sorte sur toutes les saillies de la membrane musculeuse.

Les artères de la vessie viennent de l'hypogastrique ; les veines vont se jeter dans la veine hypogastrique ; les lymphatiques viennent de la muqueuse et du péritoine, et vont aux ganglions hypogastriques ; les nerfs viennent du plexus hypogastrique : ils sont à la fois ganglionnaires et rachidiens, à cause du caractère de la vessie qui est en partie soumise, et en partie soustraite à l'empire de la volonté.

Après cet aperçu anatomique, incomplet sans doute, mais qui peut faire comprendre l'existence du trajet fistuleux, faisant communiquer la vessie avec le vagin, et constituant une des difformités les plus désagréables, tâchons d'apprécier les différents moyens thérapeutiques qui ont été employés contre cette lésion, d'ordinaire si rebelle.

L'importance du sujet, son étendue, les nombreux, mais souvent inutiles procédés proposés, ne nous permettront pas d'entrer dans l'étude des causes et des symptômes de cette affection. Notre but est seulement, comme l'indique le titre de notre thèse, d'apprécier les diverses méthodes employées, et de montrer combien elles sont loin de remplir l'indication qu'on se propose.

Heureux, si notre travail peut ouvrir de nouvelles voies à l'expérimentation, et si nos efforts peuvent mériter l'approbation et l'indulgence de nos juges.

Chapitre Premier.

HISTORIQUE.

Hippocrate aurait, d'après Deyber (1), connu cette infirmité, sans en indiquer le traitement qui lui convient. Arétée de Capadoce, en aurait aussi fait mention dans ses ouvrages. On parcourt vainement les écrits de ces auteurs, et on peut dire avec M. Lallemand qu'on est frappé de la pénurie des travaux des anciens sur ce sujet. Frédéric Hoffmann parle bien des fistules vésico-vaginales, mais il n'indique aucun moyen pour les guérir et juge que si les lèvres de la fistule sont calleuses et l'infirmité ancienne, la guérison est impossible. Pour Mauriceau (2), la fistule vésico-vaginale, après trois mois de durée, est complètement incurable. J.-L. Petit (3), consulté par une dame atteinte de fistule vésico-vaginale, à la suite d'un accouchement laborieux, repoussa l'opinion d'un chirurgien consultant qui

---

(1) Mémoires sur les fist. vésico-vag.

(1) Obs., t. I, p. 405.

(2) Traité des mal. chir. et des op. qui leur conviennent, 1774.

voulait employer la suture, alléguant « qu'il serait difficile de faire cette opération dans un lieu si profond et si caché, aussi la nécessité de rafraîchir les bords dans toute la circonférence du trou, et l'impossibilité de l'exécuter exactement. »

Roonhuysen est le premier qui a proposé la suture pour maintenir en contact les bords de la fistule préalablement ravivés (1).

Desault conseille, pour obtenir la cure radicale des fistules vésico-vaginales, l'emploi :

1° D'un tampon vaginal qui pousserait les lèvres de la solution de continuité *à la rencontre l'une de l'autre;*

2° D'un cathéter mis à demeure et maintenu longtemps au moyen d'un bandage de son invention (2). Chopart (3) partage l'opinion de Desault sur les moyens opposés à ces fistules, et présente, sans entrer dans plus de détails, deux observations sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Dupuytren, frappé de la lenteur et de l'impuissance du traitement de Desault, employa le cautère actuel dans le double but de raviver les surfaces et

---

(1) Froget, thèse de Paris, 1835.

(2) L'idée du tamponnement, selon M. Janselme, remonte jusqu'à Hippocrate qui voulait qu'on fît le tampon avec la chair de bœuf, qu'on taillerait en forme de cylindre et qu'on renouvellerait tous les jours.

(3) Traité des maladies des voies urinaires, t. I, p. 448.

de produire un gonflement inflammatoire favorable au rapprochement des lèvres de la fistule.

M. Lallemand inséra en 1825, dans les Archives de médecine, tom. VII, un mémoire sur une nouvelle méthode pour traiter les fistules vésico-vaginales. Depuis cette époque, l'attention des chirurgiens a été fixée d'une manière toute particulière sur une question si importante, et ce point de pathologie est devenu le siége de plusieurs travaux plus ou moins importants.

Delpech publie, dans son Mémorial des hôpitaux du Midi, 1830, un cas de fistule du bas-fond de la vessie, existant depuis trente ans, et radicalement guérie, en moins de cinquante jours, par deux cautérisations avec le fer rouge et une avec le nitrate d'argent.

M. Ségalas communiqua en 1826, à l'Académie de médecine, un nouveau moyen de guérir les fistules vésico-vaginales qui consiste à absorber l'urine à mesure qu'elle se dépose dans la vessie, moyennant une mèche de coton, renfermée dans une sonde à demeure. M. Vidal de Cassis a proposé d'oblitérer le vagin, en conservant dans son intégrité le canal de l'urètre, et d'obtenir ainsi une cavité supplémentaire de la vessie. A peu près à la même époque, M. Jobert de Lamballe a eu l'idée d'appliquer l'autoplastie à la cure des fistules en question; son procédé, appelé du nom d'élytroplastie, consiste

à oblitérer le trajet fistuleux avec un lambeau emprunté aux grandes lèvres et maintenu par la suture.

M. Velpeau, dans son traité d'accouchements, article Fistules vésico-vaginales, proposerait de cautériser fortement la fistule et la paroi opposée du vagin ; une fois la fistule bouchée par les adhérences de ce conduit, il ne serait pas, ajoute cet auteur, impossible peut-être de rétablir la continuation du canal.

En envisageant maintenant ces méthodes au point de vue critique ; nous examinerons les nombreux procédés qui se rattachent à chacune d'elles, et pour mettre de l'ordre dans cette longue énumération, nous rapporterons à cinq classes principales les moyens proposés : 1° sonde et tamponnement ; 2° cautérisation ; 3° suture et autres moyens de réunion ; 4° procédés autoplastiques ; 5° enfin, oblitération du vagin.

Nous laisserons de côté la division admise par certains auteurs en *méthode directe*, celle par laquelle on agit sur l'ouverture elle-même ; et en *méthode indirecte*, celle proposée par M. Vidal de Cassis. Inutile d'ajouter que dans cet examen critique, il ne sera pas question du traitement des complications qui, dans certains cas, peuvent fournir des indications particulières.

Malgré cette division, destinée à mettre de l'ordre

dans notre travail, nous aurons soin, autant que possible, d'indiquer la source de la fistule, sa position, sa direction, ses dimensions et la plus ou moins grande perte de substance. Considérées sous ces différents points de vue, certaines observations qu'on a beaucoup vantées, perdront une grande partie de leur valeur. Chacun sait, et les faits le prouvent incontestablement, que toute perforation de la cloison vésico-vaginale n'est pas incurable; le docteur Faure a consigné, dans les Annales de médecine pratique de cette École, la guérison d'une perforation de cette cloison par instrument tranchant, sans perte de substance et d'une date récente.

A côté de ce fait et d'autres que la science possède, disons encore que les fistules placées au col de la vessie ne sont pas toujours incurables, et qu'on a pu en triompher plusieurs fois par la cautérisation; mais qu'on ait guéri par les moyens connus, comme quelques chirurgiens le prétendent, des fistules suite d'un accouchement laborieux, d'une date ancienne, ayant leur siége au bas-fond de la vessie et avec perte de substance, c'est ce que l'examen scrupuleux des faits ne prouve point. Pour toutes les observations publiées, il nous sera facile de prouver ou que la guérison ne s'est pas maintenue, ou que le succès a été annoncé trop tôt, ou bien, enfin, que la fistule avait son siége au col de la vessie.

Chapitre Deuxième.

ARTICLE PREMIER.

Sonde et tamponnement.

A cette méthode se rattache le procédé de Desault, procédé qui consiste à placer dans la vessie, par l'urètre, une sonde d'un gros calibre ; à introduire dans le vagin, soit un tampon de linge, soit une espèce de doigt de gant garni de charpie, soit enfin, toute autre substance de forme cylindrique et enduite de gomme élastique ou de cire. Quelque soit celui de ces corps, dit Desault, il doit remplir le vagin sans le distendre. Le même chirurgien ajoute (1) : « En suivant ce procédé, nous sommes venu à bout de guérir de ces fistules urinaires et vaginales très anciennes, à travers lesquelles nous pouvions introduire le doigt dans la vessie. » Desault ne publie point d'observations qui confirment cette assertion. Chopart (2), qui partage l'opinion de ce chirurgien, sur les moyens opposés aux fistules

(1) Œuvres chirurg., t. III, p. 299.
(2) *Loc. cit.*

vésico-vaginales, cite deux observations que nous ne reproduirons point ici. Dans la première, la femme *paraît* parfaitement guérie de sa fistule; notons, en passant, qu'elle siégeait au col de la vessie, avait une petite étendue, et par conséquent était susceptible de guérison, comme nous l'avons dit plus haut. Dans la seconde, la fistule, située au bas-fond de la vessie, n'a pu être guérie par ce procédé. A côté de ses insuccès, quelques auteurs ont allégué : 1° les inconvénients et l'inutilité de la sonde à demeure, dans les cas de fistule réellement vésico-vaginale: 2° les défectuosités du tampon vaginal et les obstacles qu'il peut opposer à la guérison. M. Suzeau (1) pense que, dans le cas de fistule occupant le bas-fond de la vessie, les urines qui s'écoulent en nappe des uretères sont trop voisines de la fistule pour ne pas s'y engager continuellement; il faudrait, selon lui, dans ce cas, que la sonde présenta deux orifices qui s'appliquâssent hermétiquement sur chaque ouverture des uretères et reçûssent l'urine à mesure qu'elle suinte. Quant à l'inutilité de la sonde à demeure, il l'appuie sur l'impression fâcheuse qu'elle produit sur tout le système nerveux, sur les lésions occasionnées par la pression continuelle qu'exerce le cathéter sur la muqueuse vésicale. D'après M. Lallemand (2), la

---

(1) Thèses de Montpellier, 1844.
(2) Arch. gén. de méd., t. VII, 1825.

confiance que Chopart et Desault montrent dans l'évacuation des urines, au moyen de la sonde, est fondée sur l'analogie des fistules vésico-vaginales avec celles qui surviennent chez l'homme. Il est vrai que ces maladies sont de même nature, mais leur différence, sous le rapport de la forme, du siége, etc., a une influence immense sur le résultat du traitement.

Chez l'homme, les fistules sont étroites, sinueuses et parcourent un trajet plus ou moins long; chez la femme, la perte de substance est, en général, assez considérable, le trajet très court, ou plutôt c'est moins un canal qu'un trou dont les bords ne peuvent se toucher que par une surface peu étendue et qui aboutit directement à la vessie. Si l'usage de la sonde suffit presque toujours pour amener la guérison des fistules urinaires chez l'homme, c'est que presque toutes ont leur orifice interne dans le canal urétral, et qu'il est facile alors d'empêcher l'urine de s'y introduire. Mais si la fistule part de la cavité de la vessie, la sonde, ne pouvant plus fermer l'orifice fistuleux, n'a plus que l'avantage d'offrir aux urines une issue plus facile que celle qu'elles peuvent rencontrer par la fistule, et si son usage n'est pas aidé de circonstances favorables, la guérison est impossible. L'analogie sur laquelle se fondent Chopart et Desault pour accorder une si grande confiance à l'emploi de la sonde, dans les cas de fistule vésico-vaginale, est donc tout-à-fait illusoire.

Quant au tamponnement, M. Lallemand (1) a observé que le tampon, devant être conservé longtemps, empêche l'excrétion des matières fécales et devient intolérable sous tous les rapports. A part cet inconvénient et celui de faciliter l'incrustation calcaire des lèvres de la fistule, l'usage du tampon produit un résultat tout autre que celui que Desault se proposait d'obtenir. En effet, selon M. Janselme (2), si l'on introduit dans le vagin d'une femme atteinte de fistule, un bâton de cire molle assez considérable pour remplir ce canal, on trouvera sur sa surface, en le retirant, un relief qui indique l'écartement des lèvres de la plaie, effet tout opposé à celui qu'on voulait produire. Nous dirons, d'ailleurs, que M. Lallemand se sert de ce moyen pour déterminer d'une manière précise l'écartement des lèvres de la fistule.

En résumé, lorsqu'on considère l'état calleux des lèvres, dans les cas de fistule vésico-vaginale ancienne, on est tout étonné que Desault et Chopart soutiennent avoir guéri, par un moyen si simple, une infirmité qui, de nos jours, résiste à un traitement énergique bien supérieur.

« S'ils avaient limité, dit M. Velpeau (3), l'efficacité de cette méthode aux fistules de l'urètre et

---

(1) *Loc. cit.*, p. 486.
(2) Journ. l'*Expérience*, janv. 1838.
(3) Clin. chir., t. II, p. 245.

du col de la vessie, si, dans les fistules du bas-fond, ils s'étaient bornés à le donner à titre de moyen palliatif et adjuvant, tous les chirurgiens, en rejetant toutefois l'usage du tampon, auraient été de leur avis. » Ce procédé peut donc être considéré comme un moyen palliatif, adjuvant, nécessaire, dans certains cas, des autres procédés, et apportant toujours plus ou moins de soulagement aux souffrances de la malade. Un fait qui vient à l'appui de notre manière de voir, est celui que nous avons observé, dans le service de M. le professeur Alquié, chez une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, continuellement baignée par l'urine qui s'écoulait par le vagin ; l'action prolongée de la sonde à demeure dans le canal de l'urètre semblait hâter la cicatrisation de la fistule, mais malheureusement cet espoir de mieux n'est pas allé plus loin.

Mentionnons, pour terminer, une modification que M. J. Cloquet a apportée à ce procédé. Ce chirurgien, persuadé que le contact continuel de l'urine avec les lèvres de la fistule est un des plus grands obstacles à leur agglutination, s'est servi d'un siphon inspirateur pour pomper l'urine de la vessie. Par ce siphon, auquel ont substitué, M. Amussat, une bouteille de caoutchouc, M. Ségalas (1), une sonde aspirante composée d'une mèche de coton

(1) Des rétentions de l'urine,

placée dans une sonde ordinaire de gomme élastique, M. Malgaigne, la sonde à double courant; par ce siphon, dis-je, ou tous ces autres moyens, on ne parviendra jamais à soustraire les bords d'une fistule, située au bas-fond de la vessie, du contact absolu de l'urine.

Nous rejetons donc comme inutiles, dans le traitement de certaines fistules vésico-vaginales, le tamponnement et la sonde, en tant que méthode curative.

Passons maintenant à la cautérisation.

ARTICLE DEUXIÈME.

Cautérisation.

La cautérisation a été employée, par plusieurs chirurgiens, dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Le but que se propose l'opérateur, par ce moyen, est de provoquer sur les bords de la fistule un degré d'inflammation suffisant pour en procurer l'adhésion.

Delpech, dont nous parlerons plus bas, fut conduit à se servir du cautère, par l'étude qu'il avait fait des propriétés du tissu inodulaire. La cautérisation, d'après lui, pourrait bien amener le rapprochement des bords de la fistule et, par suite, son oblitération, de la même manière que s'opèrent les

cicatrices suites de brûlures, les coarctations de l'anus et des ouvertures naturelles.

Pour arriver à ce but, quels ont été les agents employés? Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la pâte caustique, conseillée par M. Suzeau, le cautère actuel, sont les seules substances que nous sachions avoir été employées. La difficulté de faire manœuvrer les instruments, de cautériser convenablement les lèvres de la fistule, vu la profondeur de la lésion, ont nécessité l'emploi de moyens particuliers. Ainsi, Dupuytren portait le nitrate d'argent fixé à l'extrémité d'une tige métallique ou d'une pince à anneau. M. Lallemand avait imaginé, pour porte-caustique, une espèce de bague plate et à ressort, qu'on peut fixer solidement sur l'extrémité du doigt indicateur, à cause de l'élasticité dont elle est douée; un morceau de nitrate d'argent est enchâssé dans le chaton de cette bague. Ces instruments spéciaux, ceux de M. Flamant, de M. Erhmann, pour le nitrate acide de mercure, et quelques autres que nous croyons pouvoir nous dispenser de mentionner, ne sont pas toujours indispensables : une pince ordinaire à pansement, sur laquelle on dispose, d'une manière convenable, le nitrate d'argent, peut tout aussi bien remplir le but.

L'emploi du cautère actuel réclame plus de précaution. A l'aide d'un spéculum approprié, on pro-

tégera convenablement les parties voisines et on fera varier la forme du cautère, suivant la forme de l'ouverture qu'on veut attaquer : si, très étroite, la pointe d'un stylet ; si, allongée transversalement, ou d'avant en arrière, le cautère en haricot, adopté par Dupuytren, doit avoir la préférence. Après chaque cautérisation au fer rouge, cautérisation qui, selon Delpech, ne doit porter que sur la circonférence vaginale de la solution de continuité, on fait une injection d'eau froide, et il est bien entendu qu'une sonde continuellement débouchée doit rester dans la vessie. Ce mode de cautérisation, que nous avons vu pratiquer par notre maître, le professeur Alquié, amène un gonflement qui maintient rapprochés les bords de la fistule, et pendant quelques jours empêche l'urine de s'écouler. Au bout de quatre ou cinq jours, elle s'écoule de nouveau ; on recommence alors la cautérisation et on y revient ainsi un certain nombre de fois, jusqu'à ce que la guérison arrive ou jusqu'à ce que tout espoir soit perdu.

Par la cautérisation, soit avec les caustiques, soit avec le cautère actuel, a-t-on obtenu des guérisons *certaines* de fistules vésico-vaginales ? Dupuytren et Delpech prétendent avoir obtenu des succès de ce genre. M. Janselme (1) se livre à un examen cri-

---

(1) *Loc. cit.*

tique et détaillé des faits publiés par Dupuytren et ses élèves, et ne trouve que des guérisons complètes de fistules de l'urètre et du col de la vessie ; mais de là aux guérisons des fistules du bas-fond, il y a un abîme qu'aucun procédé n'a encore évidemment franchi. « Dernièrement, ajoute cet auteur, on a admis, dans une thèse, un succès obtenu par Dupuytren, et on s'est fondé sur l'autorité de M. Sanson, mais ce dernier ne dit pas que la fistule comprenait le bas-fond de la vessie; *elle s'étendait*, dit-il, *jusqu'au bas-fond.* »

L'observation publiée par Delpech (1) indiquerait pourtant qu'on ne devrait pas désespérer complétement d'en triompher : il s'agissait d'une fistule du bas-fond de la vessie avec une perte de substance, assez considérable pour admettre le doigt indicateur, existant depuis vingt ans, et radicalement guérie par deux cautérisations avec le fer rouge et une avec le nitrate d'argent. M. Jeanselme cherche aussi à critiquer cette observation et à en faire ressortir les contradictions ; mais, malgré ses efforts, il conclut en restant dans le doute sur un pareil succès. Pour nous, nous n'hésitons pas à admettre ce fait, que la réputation du chirurgien du Midi et l'attestation de docteurs, témoins du succès, rendent certain ; mais, en l'admettant comme un succès incontestable,

(1) Mém. des hôp. du Midi, août 1830.

toujours est-il qu'un pareil cas de guérison n'est pas capable d'inspirer une grande confiance aux opérateurs, et il n'est pas un seul chirurgien qui osât espérer de triompher, par la cautérisation seule, d'une fistule du bas-fond de la vessie, datant de longues années et capable d'admettre le doigt indicateur.

Quant aux autres succès qui ont été publiés, il est facile de se convaincre, après un examen attentif, ou bien qu'il s'agissait de fistules du col de la vessie ou de l'urètre, ou bien que les observations manquent de détails suffisants pour entraîner la conviction.

D'après tout ce que nous venons de dire, il ne faudrait pas conclure que la cautérisation doit être mise complétement de côté; on peut y avoir recours dans les fistules de petites dimensions. Mais, nous le répétons, si employée dans des cas de fistules de l'urètre ou du col de la vessie, la cautérisation compte des résultats heureux, il n'en saurait être de même, lorsqu'il s'agit d'une fistule du bas-fond de la vessie, avec perte de substance et de date ancienne : la scène change alors de face.

Pour terminer cet article, déjà assez étendu sur la cautérisation, un mot d'un moyen proposé par M. Suzeau (1) : Après l'emploi des moyens palliatifs

---

(1) *Loc. cit.*

ordinaires, tels que des lotions aromatiques pour détacher les incrustations, des bains de siége pour faire disparaître l'érythème des parties génitales externes, le chirurgien, à l'aide d'un porte-caustique à forme particulière et muni d'une cuvette triangulaire destinée à contenir une pâte caustique, le chirurgien, disons-nous, établira, à une ou deux lignes en dehors de chaque extrémité de l'orifice fistuleux, une escarre triangulaire dont la base sera voisine de la fistule. Après la chute de l'escarre, la plaie sera touchée quelquefois avec le nitrate d'argent, pour augmenter, jusqu'à une complète cicatrisation, la puissance rétractile du tissu inodulaire. L'action des deux cicatrices doit procurer le changement de la forme de la fistule et sa transformation en une fente dont les lèvres, tirées à chaque extrémité, s'appliquent l'une contre l'autre. Cette méthode, basée sur les propriétés du tissu inodulaire, ne compte aucun fait pratique à l'appui, et nous ne connaissons, depuis la thèse de M. Suzeau, d'essais qui viennent confirmer les résultats heureux que ce praticien croyait pouvoir en tirer.

ARTICLE TROISIÈME.

Suture et autres moyens de réunion.

Pour suivre l'ordre que nous nous sommes tracé, nous aurons maintenant à nous occuper de la suture et des autres moyens unissants.

Henri Roonhuysen passe pour avoir, le premier, proposé la suture, diversement modifiée depuis. Il disait de rafraîchir la fistule, de maintenir ses bords en contact par la suture entortillée soutenue par une éponge (1).

En 1802, Lewzinski, ayant à traiter une fistule vésico-vaginale, d'un pouce d'étendue, située transversalement vers la région moyenne et droite du vagin, et dont les bords durs et épais étaient écartés l'un de l'autre de deux à trois lignes, se proposait d'obtenir une cure radicale par la suture. Les moyens à employer seraient : 1° une canule plate ouverte à ses deux extrémités, dont l'une, courbée dans l'étendue de quatre ou cinq lignes, offrait, au commencement de cette courbure, une fente d'une ligne de largeur sur sept à huit de longueur, et dont l'autre se terminait par un anneau ; 2° une aiguille courbe et du fil ciré complétaient l'appareil (2).

M. Nœgèle, en 1812, proposa, dans un premier procédé, de traverser la fistule ravivée, avec une aiguille faite sur le modèle de l'aiguille de Deschamps. Le nombre des points de suture étaient en rapport avec l'étendue de la perforation, et il réunissait les fils en faisceau et les fixait au mont de Vénus, avec des bandelettes agglutinatives.

---

(1) Froget, thèse de Paris, 1835.
(2) Lewzinski, dissert. fist. vés.-vag. Thèse, Paris, 1802.

Dans un second procédé, M. Nœgèle tentait la réunion avec des pinces qui servaient à porter les aiguilles courbes destinées à traverser les lèvres de la plaie ; le chirurgien Allemand n'a point publié d'observations en faveur de ses procédés, quoique dans le mémoire inséré dans le Répertoire d'anatomie pathologique, tom. v, il soit dit que par ce moyen M. Nœgèle a obtenu des succès.

M. Deyber a aussi employé la suture. Ce chirurgien la regarde comme un des moyens les plus efficaces pour obtenir l'oblitération des fistules vésico-vaginales. Il donne, dans le Répert. d'anat. path., t. v, deux observations dont l'une a été admise comme un cas de guérison radicale. Cette observation, lue attentivement est incomplète sous plusieurs rapports; le siége de la fistule n'est pas indiqué d'une manière précise, on ne dit pas que la malade soit sortie guérie, mais *contente*, ce qui semblerait indiquer seulement une amélioration dans son état. Quant à la seconde, qui a rapport à une fistule du col de la vessie, le procédé de Desault, la cautérisation et la suture échouèrent tour-à-tour, et la malade sortit de l'hôpital sans être guérie.

M. Erhmann traite les fistules transversales par la suture pratiquée avec des aiguilles courbes ordinaires portées sur les lèvres de la plaie par le vagin.

Le docteur Malagodi a publié dans le *Raccoglitor medico*, juillet 1829, une observation de fistule vésico-vaginale qui eut un grand retentissement.

Le sujet de cette observation (1) est une nommée Marie Reggiani, âgée de 22 ans, portant depuis son premier accouchement, qui avait été très laborieux, une fistule vésico-vaginale, par l'ouverture de laquelle un doigt pouvait pénétrer facilement dans la vessie. Après avoir employé pendant huit mois tous les moyens suggérés par l'art, elle alla à Bologne se confier aux soins de M. Malagodi qui la soumit à l'opération suivante : le 28 août 1828, après avoir rafraîchi les bords de la solution de continuité, avec le bistouri, il les maintint en contact avec trois points de suture. Pendant deux jours, l'urine passa en entier par la sonde qui avait été placée à demeure dans la vessie; mais le troisième jour, il en passa une certaine quantité par la fistule. Les deux tiers postérieurs de l'ouverture anormale sont cicatrisés, on tente la réunion du tiers antérieur par la cautérisation et il est dit qu'après trois semaines environ, on obtint une amélioration sensible. Le docteur Montébugnoli, qui avait assisté à l'opération, continue pendant quelques semaines encore l'emploi du caustique et la malade fut complètement guérie vers le commencement de janvier.

Dans cette observation, à laquelle nous avons donné une certaine étendue, il nous est facile de démontrer que bien des détails importants et devant

(1) Arch. gén. de méd., 7e année, t. XXI.

entraîner à la conviction scientifique, manquent : ainsi, il n'est pas dit un mot du siége de la fistule, de l'écartement de ses bords; on ne sait pas non plus depuis quand l'urine avait cessé de passer lorsque le succès a été proclamé, tous les détails portant uniquement sur le mode opératoire.

Feu le professeur Dugès a publié en 1831, dans la Gazette médicale de Paris (1), une observation intéressante sous plusieurs rapports qui prouve que la suture est non seulement une opération difficile et infidèle, mais encore dangereuse. Dugès, chez une malade qui avait été cautérisée deux foix envain par M. Lallemand, saisit les deux lèvres l'une après l'autre avec des pinces de Museux, les raviva, la supérieure avec des ciseaux dont la lame était courbée à angle droit sur le manche, l'inférieure avec le bistouri et les réunit par la suture entrecoupée au moyen d'aiguilles courbes armées de fils. La suture entre les mains de M. Dugès ne fut pas plus heureuse que les essais du premier chirurgien; elle faillit même devenir funeste à la malade. M. Lallemand pratiqua ensuite deux nouvelles tentatives en avivant les bords de la fistule avec le fer rouge et en les affrontant avec des crochets après la chûte des escarres, mais rien ne réussit. Dugès termine en disant : « .... La femme est aujourd'hui absolument

---

(1) Gazette méd. 1831, n° 44.

comme avant toutes ces opérations, si même la solution de continuité n'est pas plus grande. » Le professeur de Montpellier donne à la suite de cette observation, les moyens auxquels il soumit la malade.

Je pensai, dit-il, qu'il serait possible de placer à l'entrée de la vessie une sorte de bouchon conique qui en remplit le col et s'opposa ainsi à la sortie des urines. Un appareil fort simple fut destiné à cet usage : il se composait d'une portion de vessie ou d'estomac de poisson bien frais, soigneusement fixée par sa portion la plus étroite sur une sonde, dont le cylindre s'enfonçait jusqu'au fond de la cavité; l'autre bout de la sonde était garni d'un morceau d'intestin de poisson. La première partie de l'instrument traversa facilement le canal de l'urètre; quand elle fut dans la vessie, on poussa par une petite seringue, par le bout de l'intestin, de l'huile en quantité suffisante pour remplir et distendre la vessie de poisson, déjà introduite. Dès-lors, en tirant en bas l'instrument, on forçait la partie gonflée de s'appliquer sur l'ouverture du col et de constituer un oblitérateur. Malheureusement un pareil instrument a besoin d'être fréquemment renouvelé; dans le cas cité, il cessa son effet au bout de vingt-quatre heures.

Mais comme le dit très bien ce chirurgien, cet appareil nécessite des précautions et un assujettis-

ment auquel la généralité des femmes ne peut se soumettre.

En 1829, vers le mois de juillet, pour guérir une fistule longitudinale qui avait treize lignes de long, et dont la commissure inférieure existait un peu au-dessus de l'origine de l'urètre, M. Roux, après avoir ravivé les bords de la fistule et l'avoir agrandie en avant et en arrière, pratiqua la suture entortillée au moyen d'une aiguille courbe. La malade succomba le dixième jour de l'opération à la suite d'une péritonite intense. Cette observation a été publiée par M. Sabatier (1).

Tels sont les faits principaux qui ont été publiés. Si l'on jette un coup-d'œil sur les observations, nous voyons qu'il n'y a pas un seul cas authentique de guérison de fistule du bas-fond de la vessie; que chez toutes les malades des accidents plus ou moins graves sont survenus à la suite de l'opération; quant aux motifs de ces revers : difficulté presque insurmontable pour la manœuvre, obligation de raviver les lèvres de la fistule par le fer ou le feu, ce qui interdit toute adhésion primitive; impossibilité d'un affrontement exact des bords fistuleux; constriction devant rester dans certaines limites, parce que trop forte, elle doit déchirer promptement les tissus, trop faible, elle ne saurait

(1) Journ. hebdomadaire, t. IV, 1829.

s'opposer au suintement de l'urine. Quant aux points compris par les fils et inévitablement envahis par la suppuration, la gangrène ou le déchirement peuvent s'en emparer, annuler toutes les tentatives de rapprochement qu'on aura faites, et rendre le mal pire qu'il n'était auparavant. Ajoutons enfin, avec M. Suzeau, les mouvements en divers sens imprimés à la fistule par les organes voisins; l'état des forces vitales qui exerce une influence si prononcée sur la cure des lésions les plus localisées. Si les forces sont altérées, la diète, le supplice de la position deviennent autant de nouvelles causes de détérioration.

Cette opinion des dangers de la suture, appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales, est étayée par l'autorité d'hommes éminents dans la carrière chirurgicale. Nous lisons dans le Traité pratique des maladies de l'utérus, par Mme Boivin et Dugès, à l'article Fistules vésico-vaginales, que les fils de la suture ont toujours coupé les chairs. M. Breschet (1) dit de la manière la plus explicite que la suture est justement abandonnée, à cause des difficultés qu'elle présente, et des déchirures que les fils causent aux lèvres de la fistule. M. Bégin (2) ajoute : il ne faudrait pas se faire une

(1) Rapport sur le mém. de M. Lallemand, séance du 28 sept. 1840.

(2) Art. Fist., Dict. en 25.

idée trop favorable de la facilité avec laquelle la suture du vagin et de la vessie peut être pratiquée, non plus que de l'innocuité de cette opération, témoin le fait de M. Roux, cité plus haut, ceux de Lenoir et de Dieffenbach.

Pour ne pas augmenter les citations, nous dirons que ce procédé, bien loin d'apporter de l'amélioration à la lésion, ne fait le plus souvent qu'agrandir l'ouverture anormale; le fait de Dugès, ceux qu'il nous a été donné de voir dans le service de clinique chirurgicale; le fait cité par M. Jeanselme, d'une malheureuse sur laquelle M. Velpeau avait pratiqué plusieurs fois la suture, et qui voyait son état empirer après chaque opération, viennent à l'appui de notre manière de voir.

Quant aux moyens opératoires mis en usage, la suture comprend deux temps pour lesquels les procédés ont également varié, savoir : l'avivement des bords de la fistule, et le placement des sutures.

1° Avivement. — M. Malagodi (1) porta l'extrémité de l'indicateur garni d'un doigtier en peau jusque dans la vessie à travers la fistule, s'en servit comme d'un crochet pour amener successivement les deux lèvres de la plaie à la vulve, et réséqua alors les bords calleux avec un bistouri

(1) Obs. citée.

droit; M. Roux employa, nous l'avons déjà dit, pour une lèvre le bistouri, pour l'autre les ciseaux: M. Nœgèle, une sorte de bistouri renfermé dans une gaîne. Les caustiques, conseillés par M. Lallemand, l'avivement par scarification essayé avec avantage par M. Erhmann ont été aussi préconisés.

2° Suture. — L'avivement étant fait, on passe au deuxième temps de l'opération, qui n'offre pas moins de difficultés. Pour placer les fils on se sert de divers instruments, parmi lesquels celui de Nœgèle, qui ressemble à l'aiguille de Deschamps; la sonde à dard, proposée par Lewzinski et Deyber; les instruments inventés par MM. Fauraytier et Depierris pour la staphylorapbie et conseillés par M. Michon dans ces cas.

Quant à l'espèce de suture, toutes ont été mises en pratique; la suture à points passés a été la plus fréquemment employée; la suture entortillée a été faite par MM. Roux et Nœgèle; la suture entrecoupée est celle que préfère M. Jobert de Lamballe. La suture du pelletier a été proposée par M. Colombat, mais elle n'a pas été mise en pratique sur le vivant. MM. Sanson et Dieffenbach ont exécuté la suture dite en bourse et en gousset, suture qui consiste, comme on le sait, à faire passer un fil alternativement de dehors en dedans et de dedans en dehors tout autour de l'ouverture fistuleuse, et à serrer les extrémités.

M. Leroy d'Etiolles s'est efforcé de donner à la suture plus de chances de réussite par les modifications suivantes : il propose d'aviver non seulement les bords de la fistule, mais aussi la muqueuse vaginale autour d'elle dans l'étendue d'un centimètre environ, d'accoler ainsi à elle-même cette large surface avivée, et enfin de soulever la fistule réunie avec des instruments spéciaux. En théorie, ces modifications peuvent être bonnes, mais elles sont difficiles à réaliser dans la pratique, ainsi que nous allons le démontrer. M. Gerdy qui a exécuté en juin 1841 un procédé à peu près analogue, eut à lutter contre une hémorrhagie et à constater un insuccès ; M. Jobert après avoir eu recours deux fois et sans succès à la suture entrecoupée chez la même malade, raviva les bords de la fistule en dédolant sur le vagin et les saisissant dans deux points différents ; serrant les extrémités du fil, il renversa vers la vessie la surface vulnérée. « Malgré mes efforts, dit cet auteur (1), le courage et la patience de la malade, j'eus la douleur de voir échouer un procédé qui m'avait semblé renfermer toutes les conditions de réussite. »

Moyens unissants.

Convaincus de l'insuffisance du procédé de Desault, du peu de chances de guérison qu'offre la cautéri-

(1) Traité chir. plas., t. II, p. 384.

sation seule, des dangers auxquels expose la suture, des chirurgiens se sont occupés de trouver un procédé au moyen duquel on puisse tenir en contact sans points de suture les bords de la fistule préalablement avivés (1).

MM. Lallemand, Dupuytren et Laugier ont proposé chacun ses instruments pour atteindre ce but; l'idée première appartient à M. Lallemand; les instruments de Dupuytren et de M. Laugier ne sont que des modifications de l'instrument de l'ancien chirurgien de St-Éloi.

En 1825, M. Lallemand imagina sa sonde érigne; le mémoire qu'il publia à cette époque (2) fit, dans le monde chirurgical, une impression d'autant plus vive, que l'auteur donnait un succès pour la première application de son instrument. C'est ce mémoire, que nous l'avons déjà dit, réveilla l'attention des praticiens sur le point thérapeutique qui nous occupe.

Parmi les trois instruments principaux et les procédés qui s'y rattachent, commençons par celui de M. Lallemand, et après avoir donné la description de l'instrument par lui inventé, nous dirons en quoi consistent ses succès, succès qui, comme on le sait, ont été l'objet de vives et nombreuses controverses.

---

(1) Jeanselme, Cliniq. de Velpeau, t. II, p. 254.
(2) Arch. gén. de méd., t. VII.

Le Professeur de Montpellier se sert d'une sonde de quatre pouces de long, renfermant une érigne double en griffe de chat qui, par le moyen d'un moteur de quatre pouces de long, sur une ligne de diamètre, armé d'un pas de vis, sort par deux ouvertures pratiquées à une certaine distance de l'extrémité vésicale de l'algalie métallique, et pénètre dans la cloison vaginale, en arrière de la fistule, à quelques lignes de son bord postérieur. A l'extrémité libre existe un ressort à boudin en argent écroué qui, abandonné à lui-même, prend un point d'appui sur un rebord mince et large d'une ligne et demie, ce ressort refoule l'urètre vers la vessie et pousse la sonde dans une direction contraire lorsqu'il se détend.

Trois pièces composent donc cet instrument : 1° Une canule; 2° deux crochets avec leur moteur; 3° une plaque mobile avec un ressort à boudin. La sonde charrie l'urine en dehors, les crochets attirent en avant la lèvre postérieure de la fistule, tandis que la plaque pousse l'antérieure en arrière. M. Lallemand ravive d'abord la fistule avec le nitrate d'argent, il rapproche les bords de la plaie et les maintient au moyen de la sonde érigne, puis l'instrument est introduit fermé dans la vessie; un doigt porté par le vagin, sert à bien fixer l'extrémité vésicale dans un point qui correspond à la lèvre postérieure de la fistule; alors on fait tourner la vis qui fait sortir les crochets et les force à s'implater dans l'épaisseur de cette

lèvre postérieure; enfin, on lache le ressort à boudin qui, tendant à rapprocher l'une de l'autre les extrémités de l'instrument, force le bord postérieur de la fistule de se rapprocher de l'antérieur et attire en même temps contre la vulve la plaque circulaire. Trois ou quatre jours d'application de l'instrument suffisent pour obtenir la réunion, et permettre de retirer le tout et de remplacer la sonde érigne par une sonde ordinaire.

Voyons maintanant quels sont les faits heureux qui ont succédé à l'application de l'instrument. Le premier, celui qui fait le sujet du mémoire inséré dans les Archives, a pour sujet Mme Martin, de Marseille, âgée de trente ans, atteinte en février 1824 d'une fistule vésico-vaginale, à la suite d'un accouchement laborieux. Traitée dans son pays par la cautérisation et l'usage des sondes qui semblaient avoir produit une certaine amélioration, elle vint à Montpellier se confier aux soins de M. Lallemand, d'après l'avis de son médecin, qui déclara sa maladie incurable. Le Professeur de Montpellier, à l'aide de son porte-empreinte, reconnaît que la fistule est située à quatorze lignes du méat urinaire, occupe *précisément* le col de la vessie, qu'elle représente une fente tranversale très étendue dont les bords durs et calleux sont presque en contact. Après deux cautérisations au nitrate d'argent, M. Lallemand procéda le 29 juin à l'application de la sonde érigne; au bout

6

de trois jours et demi, craignant que l'inflammation déterminée par les crochets, en diminuant la cohésion des tissus n'en favorisât la déchirure, il fit rentrer les crochets dans l'intérieur de la sonde et la laissa en place comme une sonde de femme ordinaire. Le 10 juillet, l'exploration de la fistule donna une diminution d'un tiers de chaque côté. Le 12, seconde application de l'instrument. Le 17, la malade rend après beaucoup d'efforts une selle dure et copieuse sans qu'il passe une goutte d'urine par le vagin. Du 22 au 25, le jet d'urine est plus rapide, plus long qu'avant la maladie; la malade peut suspendre volontairement le cours des urines sans que rien passe par la fistule; mais le 28, elle est au désespoir, une certaine quantité d'urine a passé par le vagin, quelques gouttes filtrent encore à travers la fistule. Le 29, nouvelle cautérisation; immédiatement après l'incontinence d'urine cesse et ne paraît pas après la chûte de l'escarre. L'observation se termine ainsi: Mme Martin resta environ un mois à Montpellier, pour un ongle entré dans les chairs, ne prit aucune précaution et partit sans avoir été observée de nouveau.

Quelques jours après, M. Lallemand reçut de la malade une lettre dans laquelle elle lui apprend qu'à la fin de son voyage, elle a senti en arrivant quelques gouttes d'urine passer par le vagin. Une seconde lettre lui indique que l'urine ne s'échappe par le vagin que pendant son émission naturelle par le

canal, mais que c'est si peu de chose, qu'elle se regarde comme guérie. M. Lallemand apprend enfin que, depuis deux mois, Mme Martin est absolument dans le même état qu'avant son accouchement.

Nous avons donné un résumé fort long de cette observation à cause de son importance et des nombreuses discussions auxquelles elle a donné lieu. Je ne m'arrêterai point aux doutes que plusieurs chirurgiens de Montpellier ont admis sur la cure radicale de Mme Martin ; on a prétendu qu'elle était allée demander les soins des chirurgiens de la capitale, ce ne sont là que des allégations que M. Lallemand a démenties ; mais ce qui doit nous frapper, sont les paroles de feu le professeur Serre (1) : « Tout semblait annoncer que Mme Martin était parfaitement » guérie, lorsque M. Lallemand a su qu'il passait encore un peu d'urine par la fistule. Loin de chercher » à cacher cet accident, chose que feraient tant » d'autres, il nous a autorisé à donner à ce fait toute » la publicité possible : si d'abord il a été question » de la guérison, c'est qu'au moment où la malade » quitta Montpellier, la plaie était réellement cicatrisée, et que depuis son départ de cette ville elle-même avait plusieurs fois écrit et annoncé que la » guérison s'était maintenue : *il n'en était pas ainsi.* »

Voilà donc un succès qui n'en est plus un ; dans

(1) Traité de la réunion immédiate, p. 542.

le cas d'ailleurs où on voudrait l'admettre, il est bon de rappeler que la fistule occupait *précisément le col de la vessie.*

M. Lallemand, dans un second mémoire publié en 1835 (1), répond par un second succès aux doutes émis sur la guérison complète de la dame Martin. Le sujet est la nommée Françoise Sepon, portant une fistule transversale depuis environ deux ans, fistule située à seize lignes du méat urinaire. Après cinq cautérisations et l'application de la sonde érigne, la femme est parfaitement guérie, et la guérison après un an ne s'est pas démentie. Ce fait heureux ressemble beaucoup à celui de la dame Martin, quant à la position de la fistule; dans le premier cas, à quatorze lignes du méat urinaire, elle occupait précisément le col de la vessie; dans le second, la différence est assez minime pour croire qu'elle avait son siége aussi au col.

Enfin, nous lisons dans Jeanselme (2) qu'en septembre 1837, M. Lallemand étant à Paris, a dit de la manière la plus formelle à M. Velpeau qu'il avait guéri sept à huit malades sur quatorze ou quinze. Je tiens ces détails récents, ajoute cet auteur, de M. Velpeau, qui m'a engagé à les consigner.

Ces résultats heureux n'ont point été publiés,

---

(1) Arch. gén. de méd., t. VII.
(2) *Loc. cit.*

mais en revanche, bon nombre de faits malheureux, dus à l'application de la sonde érigne, ont cours dans la science.

Nous trouvons dans la thèse de M. Froget trois observations, la 2me et la 3me recueillies dans le service de M. Lallemand. Dans l'une, la femme succomba à certains accidents dus au procédé opératoire; dans l'autre, la femme vit son état s'aggraver, et l'urine qui s'écoulait d'ordinaire par la fistule, mais avec des intermittences de quatre, cinq et même quelquefois six heures, passèrent sans cesse par le vagin lors de la sortie de l'hôpital. M. Suzeau va jusqu'à affirmer que, dans cinq ou six cas de fistule vésico-vaginale dont il a recueilli avec soin les observations, il n'a pu constater aucune guérison due à l'action de cet instrument.

Nous trouvons encore dans les notes que M. le professeur Alquié a bien voulu mettre à notre disposition, l'observation d'une dame d'Odessa, portant une fistule vésico-vaginale et ayant été traitée, au moyen de la sonde érigne, par M. Lallemand lui-même: le résultat ne se fit pas attendre. Une péritonite mortelle emporta la malade dans quelques jours.

De tous ces faits et autres dont nous avons pu avoir connaissance par nos Maîtres, nous croyons pouvoir conclure que l'instrument de M. Lallemand peut être employé avec quelque chance de succès,

dans les fistules du col de la vessie, mais qu'il ne compte pas encore de succès bien avéré dans les cas de fistule du bas-fond, surtout de celles avec perte de substance et de date ancienne ;

Que si maintenant à côté de ces rares chances de succès, nous plaçons les accidents nombreux qui peuvent être dus à l'action de l'instrument de M. Lallemand, ainsi qu'à ceux de Dupuytren et M. Laugier, nous serons autorisé à rejeter ce moyen comme dangereux.

Dupuytren a fait usage d'une sonde droite offrant à son extrémité vésicale, deux ouvertures latérales garnies de deux opercules, lesquels sont abaissés ou élevés par une tige qui parcourt tout l'intérieur de la canule ; un coulant entoure le pavillon de la sonde surmonté de deux plaques ovalaires et complète cet appareil. Cet instrument est introduit fermé dans la vessie ; alors, après avoir écarté les opercules les avoir fixés, on tire l'instrument à soi, la lèvre postérieure de la fistule se trouve ainsi refoulée en avant, tandis qu'avec du linge ou de la charpie placée entre le méat urinaire et la plaque externe de la canule, l'urètre se trouve refoulé en arrière.

Cet instrument qui est beaucoup moins compliqué que le précédent, devrait lui être préféré s'il était de nature à produire la coaptation parfaite des bords de la fistule ; malheureusement il n'en est pas ainsi, et on ne pourrait l'admettre, selon M. Velpeau, qu'à titre d'accessoire de la cautérisation.

L'instrument de M. Laugier a reçu le nom d'érigne vaginale, parce qu'en effet on le place dans le vagin et non dans la vessie comme les précédents. Il se compose de deux branches terminées chacune par deux crochets plus petits que ceux de M. Lallemand. Ces deux branches s'articulent et se rapprochent à la manière du forceps de Smellée, et peuvent être serrées avec une vis semblable à celle de l'entérotome de Dupuytren. M. Laugier attache de l'importance à la briéveté des crochets, pour qu'ils traversent seulement la muqueuse du vagin et non pas toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale. Ce procédé a été mis en usage par M. Taillefer, à Homfleur, et l'observation est loin d'être concluante.

Les reproches adressés à ces instruments et en particulier au premier, sont :

1° La difficulté de l'implantation du crochet dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de la fistule, le danger d'entamer la partie de la cloison qui répond au repli péritonéal ;

2° Les phlegmasies de la vessie et du péritoine qui surviennent avec un appareil menaçant, forcent à enlever l'instrument (M. Suzeau a pu observer trois cas de ce genre), et découragent la malade ;

3° La déchirure de la partie de la cloison, dans laquelle les crochets sont implantés, soit parce que cette cloison est trop mince ou ramollie, soit parce qu'elle est tiraillée par des espèces de tran-

chées vésicales, auxquelles il est impossible d'obvier.

4° Enfin, le volume de l'instrument est tel, que son séjour un peu prolongé occasionne une paralysie plus ou moins incomplète du col vésical.

Ces griefs, basés sur des observations positives, les cas nombreux d'insuccès doivent nous faire rejeter l'emploi des moyens unissants dans le traitement des fistules du bas-fond de la vessie.

Voyons maintenant si l'élytroplastie nous offrira plus de garanties de succès.

ARTICLE QUATRIÈME.

Elytroplastie.

Nous voici arrivé à l'autoplastie qui a rendu depuis plusieurs années de grands services à la chirurgie. Ce mode opératoire, diversement modifié, a déjà trouvé une foule d'applications heureuses, et son domaine s'étend chaque jour. L'idée première de l'élytroplastie, véritable ente animale, semble appartenir à M. Velpeau, qui depuis quelques années a écrit que son mode opératoire dans les fistules laryngo-pharyngiennes, pourrait trouver une application dans les fistules des voies urinaires; mais M. Jobert de Lamballe est le premier qui se soit emparé de cette idée et qui en ait fait l'application. C'est à ce titre que l'élytroplastie

doit être considérée comme appartenant à ce chirurgien.

Le mémoire que publia M. Jobert (1) fit une grande impression. L'auteur mentionnait et une méthode ingénieuse et des succès. Nous allons nous occuper de l'un et de l'autre. Quant aux procédés, il a soin de nous l'apprendre (2), ils sont au nombre de deux ; l'un, le premier qui lui soit venu à l'esprit, est emprunté à la méthode indienne; l'autre, qui ne ressemble en aucune manière au précédent, porte le nom d'autoplastie par glissement, et appartient à la méthode française.

Le premier procédé opératoire se compose de quatre temps : 1° ravivement de la fistule ; 2° formation du lambeau ; 3° rétablissement du cours des urines; 4° section du pédicule. Prèmier temps : le ravivement se fait de la même manière que dans la méthode déjà décrite; une fois cette opération préliminaire terminée, deuxième temps, on taille un lambeau ; ce lambeau est pris sur les grandes lèvres, la partie interne de la cuisse ou de la fesse; on le dissèque en lui donnant une certaine épaisseur, et on le laisse adhérent à sa partie supérieure; troisième temps, on passe une anse de fil au milieu du lambeau, les chefs de ce fil sont attachés

---

(1) Gaz. méd. de Paris, mars, avril 1836.
(2) Chir. plast., 408.

à la sonde de Belloc, qui a été conduite par la vessie dans la fistule, et sont ramenés par cette sonde en dehors de l'urètre. De cette manière, le lambeau retourné, attiré par le fil, et d'ailleurs légèrement pressé par un doigt, est forcé de s'engager dans l'ouverture et même de proéminer dans la vessie. Enfin, deux points de suture embrassent tout à la fois et le lambeau et les bords de la fistule. Une sonde à demeure est fixée dans l'urètre de telle manière que l'urine ne vienne pas toucher la plaie faite par la dissection du lambeau. Les malades sont placés dans la position horizontale et dans l'immobilité, pour prévenir le dérangement de la sonde et l'irritation qu'elle pourrait produire. Pour le quatrième temps, la section du pédicule, il ne faut jamais se hâter et ce n'est que du trentième au quarantième jour qu'on se décidera à la pratiquer.

A l'appui de ce procédé qui a été modifié de diverses manières, M. Jobert publiait un succès remarquable qui a été le sujet de vives discussions à l'Académie de médecine (1). A ce fait, il joint deux autres observations.

Dans la première, le procédé élytroplastique échoua une première fois; cette femme entre à l'hôpital pour y être traitée de nouveau. L'opération est faite à peu près vers la fin de mars, la section du pédicule faite le 2 mai, le 8 la

(1) Gazette des hôpitaux, mars, avril 1838.

sonde est supprimée et M. Jobert reconnaît qu'une certaine quantité d'urine coule par un angle de la fistule ; cet angle est cautérisé avec le nitrate d'argent et la cautérisation répétée plusieurs fois à huit jours d'intervalle. Loin d'avoir une certaine amélioration, les urines s'écoulaient avec plus de facilité qu'avant la cautérisation. On pratique alors un point de suture et M. Jobert termine en disant : à dater de ce moment, il ne s'écoule plus d'urine par le vagin ; aujourd'hui douze ans se sont écoulés et G*** ne présente pas de traces de son infirmité (1).

Nous ne mettrons pas en doute la véracité scientifique de M. Jobert de Lamballe, mais nous trouvons étonnant que l'auteur ait présenté un fait si peu concluant pour servir de base à son procédé opératoire. En effet, il n'est pas dit un mot de la cause, *du siége*, de la date, de la direction, de la forme et de l'étendue de la fistule. A côté de ce manque de détails, cependant bien nécessaires, notons l'écoulement de l'urine, un mois après l'opération, par l'angle de la fistule ; leur émission, encore par la même voie, après de nombreuses cautérisations, c'est-à-dire deux mois environ après l'opération, et il suffit d'un simple point de suture pour que M. Jobert s'écrie que la fistule est complètement guérie ! Nous le répétons, nous voudrions admettre le succès, mais cette observation est trop

---

(1) Jobert, *loc. cit.*, p. 418

évidemment incomplète pour qu'on puisse baser sur ce seul fait une méthode thérapeutique certaine. A côté de ce premier cas, l'auteur cite un fait malheureux. M. Jobert dit : « Il est vrai que les accidents graves qui conduisirent la malade au tombeau, ne doivent point être attribués à l'opération elle-même, mais à ce qu'elle a été pratiquée alors que la malade était dans des conditions défavorables. » Le fait existe, libre à chaque chirurgien de l'expliquer à sa manière.

Quant à la troisième observation, la nommée Gabrielle Morel avait déjà été soumise à plusieurs traitements; la cautérisation de M. Velpeau, la sonde érigne de M. Lallemand, l'élytroplastie de M. Jobert, avaient échoué successivement. Cette malheureuse femme vint se confier une seconde fois aux soins de M. Jobert qui l'opéra de nouveau, le 20 janvier 1836, après quelques accidents qui cédèrent aux moyens divers employés par le chirurgien pour s'en rendre maître. Voici le résultat de l'observation :

« . . . L'opérée se trouve maintenant (5 mars), à une époque de traitement assez avancée pour qu'on puisse regarder la guérison comme positive et durable. » Malheureusement la femme, à la suite de quelques contrariétés, coupa le lambeau et fit revenir l'infirmité; la guérison n'a donc pu être suivie. A côté de ces succè douteux, la position de la fistule, à une quinzaine de lignes du méat uri-

naire (M. Jobert ne dit pas par quel moyen il s'est assuré de cette position), nous laisserait toujours des soupçons sur la guérison d'une fistule du bas-fond de la vessie.

M. Jobert a depuis employé son procédé, à l'hôpital Saint-Louis sans succès. M. Roux a pratiqué la même opération sans que la malade éprouvât le moindre soulagement. Il n'existe donc aucun succès authentique de guérison radicale de fistule du bas-fond de la vessie par cette méthode.

Exposons maintenant les modifications qu'elle a subies et les accidents auxquels elle expose.

M. Velpeau, convaincu du peu de chances de succès qu'offrent tous les moyens étudiés précédemment, a modifié la méthode de M. Jobert. Il a proposé d'opérer en deux séances : dans la première, on taille le lambeau, puis on le laisse cicatriser; dans la seconde, ce lambeau et la fistule sont avivés au moyen de l'ammoniaque. Enfin, au lieu de points de suture, on se sert de boulettes de charpie pour soutenir le lambeau et le maintenir en place. Ce moyen a échoué comme les autres. M. Velpeau a exécuté un autre procédé, ou la cystoplastie par soulèvement de lambeau. L'idée de ce chirurgien était de faire adhérer d'abord la partie antérieure du vagin avec sa partie postérieure, puis de rétablir une ouverture pour l'écoulement des menstrues; cette idée n'a reçu qu'un commencement d'exécu-

tion, qui a échoué, et se rapproche de la méthode d'oblitération du vagin, dont je parlerai plus bas, et que M. Vidal a appliquée sous le nom de méthode indirecte de curation des fistules vésico-vaginales ou infibulation.

Les difficultés nombreuses de l'opération, les souffrances vives de la malade, l'obligation de conserver pendant longtemps une sonde à demeure, le peu de chances qu'offre un lambeau à pédicule tordu d'adhérer aux lèvres d'une fistule qu'on a le plus souvent mal ravivée, l'impossibilité absolue de se servir de cette méthode dans les cas de fistules un peu éloignées du col vésical, tels sont, en peu de mots, les inconvénients les plus notables de l'élytroplastie. M. Jobert les a bien compris, puisqu'il a abandonné la première méthode pour en venir à celle que nous allons décrire.

Méthode française par glissement ou autoplastie vésico-vaginale par locomotion.

S'appuyant sur l'état anatomique précis et sur les rapports exacts de la paroi supérieure du vagin avec le bas-fond de la vessie et les parties environnantes, M. Jobert a appelé autoplastie par glissement le procédé à l'aide duquel il déplace la vessie de l'endroit où elle repose sur le col utérin, et fait descendre le vagin de son point d'insertion au col de

l'utérus vers les pubis, afin de rendre d'abord l'écartement des lèvres de la fistule moins considérable, et afin de faciliter la réunion et l'affrontement des bords de la solution de continuité (1).

Pour être exécuté, ce procédé réclame un manuel opératoire spécial dont nous allons décrire les temps principaux.

1° *Attirer le col utérin vers la vulve.* — Cette traction doit être faite graduellement à l'aide de fortes érignes doubles, et, en général, le col doit être saisi dans une direction opposée au grand diamètre de la fistule, c'est-à-dire de droite à gauche si la fistule est longitudinale, d'avant en arrière si elle est transversale.

2° *Détacher le vagin à son insertion au col de l'utérus.* — Selon l'étendue de la fistule et les besoins variables de l'opération, incision semilunaire pratiquée transversalement sur le vagin, à son point d'insertion au col, en ayant soin de le décoller avec la muqueuse, par une dissection lente faite d'avant en arrière et en agissant contre le col de l'utérus dont on ne doit pas craindre de diviser les fibres superficielles. Les aides doivent alors tenir solidement fixées les érignes et ne pas laisser remonter l'utérus.

3° *Ravivement de la fistule.* — En principe, il faut obtenir de larges surfaces saignantes et ne pas

(1) Vidal de Cassis, vol. v, 3e édit., p. 48.

redouter d'attaquer la muqueuse et le tissu du vagin. Pour la fistule longitudinale, on ravivera la lèvre qui offre le plus de difficulté pour être saisie et que l'œil du chirurgien découvre moins facilement. Pour la fistule transversale, il convient de commencer par la lèvre postérieure qui est la plus déclive. Le bistouri droit boutonné, les ciseaux droits ou courbes, une longue pince à disséquer à dents assez saillantes, sont les instruments nécessaires à ce temps de l'opération.

4° *Passer et fixer les fils.* — La suture doit être, en général, entrecoupée. Des aiguilles courbes, portées sur un manche *ad hoc*, saisissent isolément chaque lèvre, et chaque point de suture doit être séparé. Quand la fistule a pu être amenée aux bords de la vulve la suture est facile ; l'aiguille piquant d'abord la face vaginale du bord saignant, ressort par son côté vésical, et, sans quitter celui-ci, traverse la paroi opposée de la vessie vers le vagin, de manière à former une anse dont la convexité regarde la cavité de la vessie, et dont les deux extrémités libres plongent dans le conduit vulvaire. Si la fistule est profonde, alors on introduit, par l'urètre, dans la vessie une sonde d'où s'échappe une aiguille qui porte un fil ; cette espèce de sonde à dard appuyée sur une des lèvres de la plaie, le chirurgien pousse le dard armé du fil ciré, et la paroi de la cloison est traversée de la vessie vers le vagin. Le dard est de

nouveau retiré et la canule de nouveau appuyée sur la lèvre opposée ; le même fait se reproduit. Pendant la suture, la face inférieure du vagin doit être protégée par une valve de spéculum qui déprime la cloison recto-vaginale et la tient abaissée. Les points de suture ne doivent pas être trop nombreux, ni les fils trop serrés.

5° *Placer une sonde dans la vessie.* — On doit se souvenir qu'on fait pénétrer une sonde dans une vessie dont le volume a diminué, d'autant plus que la fistule est plus ancienne et que la perte de substance a été plus considérable ; et, en second lieu, dans une vessie rapprochée des pubis par suite de la division du vagin au niveau du col, et de la descente simultanée de ce conduit et du bas-fond de la vessie. On changera souvent la sonde, qui sera retenue, au-dehors, par des liens qui lui permettent une certaine mobilité, pour que, par les mouvements de la malade, l'instrument n'aille pas se porter brusquement sur les parois de la vessie ou sur la suture.

6° *Placer un tampon d'amadou dans le vagin.* — Ce tampon, destiné à absorber le sang qui pourrait suinter de certains points ravivés et non compris dans la suture, doit être placé de telle sorte que son extraction puisse être opérée sans aucun danger pour la suture, et sans que le doigt soit obligé d'exercer de longues manœuvres pour l'amener à la vulve.

7° Selon les cas, selon la disposition de la fistule, on pourra encore gagner du terrain en pratiquant dans la muqueuse et dans l'épaisseur même du vagin des incisions parallèles aux lèvres de la fistule, à droite ou à gauche, ou même tout-à-fait au point opposé de la fistule, lorsqu'il existe de la tension dans ses lèvres.

Quant aux suites de l'opération, voici comment M. Jobert expose ce qui se passe : la vessie et l'urètre revenus sur eux-mêmes, par le fait du passage de l'urine par une voie anormale, ne reprennent leur dimension ou à peu près, constamment la vessie a repris de l'ampleur après l'opération, tantôt elle a paru rebelle, mais bientôt elle a cessé à ma grande surprise. Au reste, ajoute l'auteur, toutes les vessies ne supportent pas l'urine avec la même facilité, et il est des cas où dans les premiers temps de l'opération, il existe des envies d'uriner assez fréquentes, et quelquefois ces spasmes durent un mois ou deux. Après la guérison, l'urètre est quelquefois plus élargi, et le col de la vessie semble avoir perdu une partie de son ressort; cette particularité semble tenir à l'emploi de grosses sondes qui ne font que fatiguer l'urètre et la vessie. Chez quelques femmes, il existe, après l'opération, une certaine paresse de la vessie qui ne permet pas à cet organe d'expulser avec force le liquide contenu dans son intérieur. Ce qui s'est passé chez deux femmes qui ont après leur

guérison *rendu quelques gouttes d'urine en marchant*, ne s'explique-t-il pas par la petitesse de la vessie et par des contractions insuffisantes partielles que réveillait dans les premiers temps l'émission des urines ?

Pour qui sait lire les appréciations faites par les inventeurs, M. Jobert énumère en cherchant à les pallier, les vices de sa méthode. A travers un peu d'obscurité, on reconnaît dans cet exposé que les femmes ont reçu de cette opération un véritable soulagement, un bienfait réel, mais la vessie n'a pas repris entièrement ses fonctions, elle ne retient pas les urines comme avant d'avoir été malade (1).

M. Jobert a imprimé, il faut en convenir, un progrès au traitement de cette infirmité dégoûtante, mais il n'est pas parvenu à guérir complètement les malheureuses femmes atteintes. Parmi les nombreuses observations qu'il a publiées, observations où le siége précis de la fistule n'est pas toujours indiqué, nous notons le changement, la forme, les rapports, la capacité de la vessie, des changements dans les fonctions de cet organe, tels qu'ils sont énoncés par M. Jobert. Cependant, M. Michon rendant compte dans la Société de chirurgie, d'une espèce d'enquête qu'il avait faite, afin de connaître les résultats définitifs de plusieurs opérations pratiquées d'après la

(1) Vidal de Cassis, *loc. cit.*, p. 52.

méthode de M. Jobert, il fut question de trois succès; mais les femmes opérées, dans certains moments, dans certaines positions, par certains mouvements, perdent plus ou moins d'urine par l'urètre. M. Jobert, nous l'avons vu, explique cette incontinence par la présence d'une grosse sonde dans le canal, et c'est ainsi que cette infirmité observée chez la malade de M. Lenoir a été interprétée; mais d'autres faits sont venus prouver que la véritable cause était dans les changements opérés dans la forme, les rapports et la capacité de la vessie.

En résumé, et en attendant des faits plus nombreux, cette opération pas plus que toutes celles qui sont destinées à guérir des infirmités, des difformités anciennes, ne peut rétablir complètement les fonctions de l'organe principalement compromis.

Notons enfin, pour en finir avec M. Jobert, que dans ces derniers temps, M. Maisonneuve a cherché à mobiliser aussi la lèvre antérieure de la fistule, et cela en détachant l'urètre, et divisant les liens qui unissent ce canal au pubis, et a entrepris ainsi la cure des fistules qui n'avaient pu être guéries par le nouveau procédé que nous venons de décrire. « Je dois dire, écrit M. Vidal, que dans la séance de la Société de chirurgie, où il a été fait mention de cette modification, il a été avancé que M. Jobert l'avait déjà mise en pratique. »

Cystoplastie avec l'utérus. — Cette idée fut suggérée à M. Leroy d'Etiolles par une malade chez laquelle la fistule située très haut n'avait pas de lèvre postérieure que l'on pût réunir par la suture. Aviver la surface antérieure du col, abaisser l'utérus et le maintenir contre l'orifice au moyen de fils ou d'érignes ou d'un instrument spécial, tel est le projet qu'a conçu et exécuté ce chirurgien en 1836. M. Horner, de Philadelphie, et M. Jobert, ont exécuté des opérations semblables : il y a toujours eu insuccès complet.

ARTICLE CINQUIÈME.

Oblitération du vagin.

Parmi les diverses méthodes que nous venons de passer en revue, il n'en est pas une seule sur laquelle on puisse compter (nous avons du moins cherché à le prouver) d'une manière positive ; la plupart des succès obtenus ou prétendus tels peuvent être rapportés à des fistules urétrales ou placées au niveau du col de la vessie ; quant à des ouvertures placées réellement au bas-fond de cet organe, il est incontestable que ces espèces de fistules sont complètement incurables, alors surtout qu'elles sont très considérables, s'étendant loin en arrière et sont accompagnées de renversement de la vessie dans le vagin ; les malades ainsi maléficiées, celles qui ont subi inutilement

une ou plusieurs opérations sont donc condamnées, par une infirmité des plus dégoûtantes, à un repos continuel, à des souffrances que les plus grands soins de propreté ne parviennent pas toujours à faire disparaître.

En présence de ce triste spectacle, M. Vidal (de Cassis) s'est demandé si mieux ne vaudrait pas oblitérer l'entrée du vagin, fermer ainsi la voie par laquelle l'urine s'écoule incessamment, et forcer ce liquide à sortir par les voies naturelles.

M. Vidal a désigné son procédé sous le nom de méthode indirecte, et M. A. Bérard a donné à cette opération le nom d'infibulation, nom emprunté à un procédé antique, exposé dans un ouvrage sur l'Egypte et la Nubie, publié par MM. Cadalveyre et Brawery (1). L'infibulation pratiquée depuis un temps immémorial chez un grand nombre de peuples de l'Orient, et dont ces auteurs citent une relation complète qu'ils ont pu observer à Dougolah, n'est point présentée comme une invention récente; il n'y a de nouveau, en effet, que la pensée de l'appliquer à la cure ou à la palliation d'une maladie rebelle à tout autre mode de traitement.

Voici comme M. Vidal fut amené à la découverte de sa méthode : En 1833, pendant qu'il était chargé d'un service à l'hôpital du Midi, ce chirurgien eut à soigner une femme qui portait au bas-

(1) Voyage en Egypte et en Nubie, t. II, p. 158.

fond de la vessie une large ouverture qui donnait un libre passage au doigt indicateur. Il se proposait de tenter la suture, mais en ayant été empêché par l'indocilité de la malade, il pratiqua une forte cautérisation avec le nitrate d'argent. Pendant cette opération, les aides ne purent se rendre maîtres des mouvements de la malade, et la cautérisation porta non seulement sur les bords de la fistule, mais encore sur la partie correspondante de la paroi postérieure du vagin. Un gonflement considérable survint ; la paroi postérieure du vagin vint s'appliquer contre la paroi antérieure, et la malade vit pendant vingt jours ses urines couler par l'urètre. En voulant explorer les parties pour constater ce qui s'était passé dans le vagin, le chirurgien détruisit par mégarde les adhérences, la fistule se reproduisit.

Ce fait permit à M. Vidal d'entrevoir tout un nouveau système de traitement des fistules vésico-vaginales ; il communiqua ce fait à la société médicale d'émulation et fit part des espérances qu'il avait conçues à plusieurs chirurgiens.

« MM. Velpeau et Jobert, raconte-t-il lui-même (1), ne virent dans le résultat de mon opération que le fait d'une portion du vagin appliquée contre une partie de la vessie qui était perforée. Quant à moi, ce fait me frappa aussi, mais

(1) Vidal de Cassis, *loc. cit.*

ce qui me préoccupa le plus, ce fut la circonstance de l'évacuation fréquente de l'urine par l'urètre et de l'impossibilité dans laquelle la vessie était de retenir cette humeur. Je vis alors qu'elle manquait de capacité et je résolus de l'agrandir aux dépens du vagin. Je pris le parti de faire de la partie postérieure du vagin le bas-fond de la vessie; pour cela, il fallait oblitérer le vagin. » Voici comment l'auteur y procéda.

C'était en 1832, sur une femme de 35 ans, fortement constituée, qui portait une fistule assez grande pour permettre l'introduction de plusieurs doigts, que l'opération fut tentée. L'orifice du vagin avivé avec un bistouri, trois points de suture simple y furent appliqués; cette suture fut faite avec des aiguilles particulières, fortes et longues de cinquante-quatre millimètres, portées sur un petit manche et terminées en fer de lance. Les deux aiguilles étant garnies d'une anse double de fil ciré, les bords de l'orifice vulvaire furent traversés de manière à ce que le chas parut entre les deux lèvres de la plaie; puis l'anse de fil dégagée avec des pinces et confiées à un des aides, le chirurgien procéda de la même manière de l'autre côté et eut ainsi deux anses de fil entre les deux lèvres. L'anse gauche fut ensuite passée dans la droite et celle-ci servit de conducteur pour faire traverser la lèvre droite au fil du côté gauche, lequel se trouve alors avoir traversé les

deux lèvres de la plaie. Le fil droit fut retiré comme inutile, et deux autres fils furent placés de la même manière sur chaque côté de l'orifice du vagin; l'on mit deux morceaux de bougie pour faire la suture emplumée.

Le lendemain, dit M. Vidal, la malade put uriner par l'urètre; trois jours après, elle put faire jaillir l'urine toujours par l'urètre, et pendant plus d'un mois, il ne s'écoula pas une goutte d'urine par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors, toujours par l'urètre; mais un jour que les urines *avaient de la difficulté à sortir*, un élève voulant introduire une algalie dans l'urètre, la porta sur la cicatrice qui fut ainsi déchirée.

Avant d'exposer les objections qui ont été faites à cette méthode, et les bases sur lesquelles elle était fondée, nous devons indiquer pour en finir avec le manuel opératoire, les modifications que M. A. Bérard a fait subir à cette opération.

Chez la malade de M. A. Bérard (1), la perte de substance était si considérable que la cloison vésico-vaginale était entièrement détruite, ainsi que la partie vésicale de l'urètre.

Voici comment l'opération fut faite. Une incision elliptique fut pratiquée, circonscrivant l'ouverture vaginale en arrière des petites lèvres, depuis le

(1 Bul. acad. roy. méd., p. 407 et suivantes.

méat urinaire en haut et la commissure en bas ; le bord postérieur de l'incision fut saisi avec des pinces et la muqueuse disséquée dans l'étendue, en haut, de deux centimètres, et en bas de trois environ. Cette membrane muqueuse, ainsi disséquée, formait un diaphragme percé d'une ouverture centrale que M. Bérard voulut faire servir à l'oblitération du vagin. Une suture à points passés fut faite autour de la petite circonférence ; les deux bouts du fil furent laissés pendants hors de la vulve, puis une sonde de Belloc, introduite par le canal de l'urètre, fut, en passant par l'ouverture vésico-vaginale, ramenée dans la petite circonférence ; les deux bouts du fil y furent fixés et retirés avec elle par le canal de l'urètre. La sonde de Belloc fut alors remplacée par une bougie qui fut solidement fixée et destinée à donner attache aux fils. En tirant ces fils, la petite circonférence du diaphragme fut froncée absolument comme l'ouverture d'une bourse ; puis les surfaces, desquelles le lambeau circulaire de membrane muqueuse avait été détaché, furent affrontées et maintenues en contact par cinq points de suture enchevillée.

Pendant trois semaines, rien n'est venu entraver les suites de l'opération, tout donnait les plus grandes espérances de réussite ; la cicatrisation était presque complète ; l'urine s'écoulait claire et limpide par la sonde placée à demeure dans le canal, lorsqu'il se développa tout-à-coup des accidents inflammatoires

du côté du péritoine auxquels la malade succomba le 17me jour après l'invasion des premiers accidents. L'autopsie confirma le diagnostic de la péritonite, ainsi que l'oblitération presque complète de la vulve.

A côté du demi-succès de M. Vidal, du cas malheureux de M. Bérard, de la privation pour la femme des attributs de son sexe, exposons en peu de mots les arguments favorables à cette opération et les objections qu'on lui a adressées.

M. Vidal a proposé ce procédé opératoire en vue : 1° de la proximité du vagin et de la vessie ; 2° de l'espérance de voir la paroi postérieure du vagin servir de réservoir ; 3° de l'absence des règles qui, selon lui, a fréquemment lieu ; 4° du retour facile de l'urine dans la poche urinaire ; 5° enfin, du dégoût qu'inspirent les femmes qui sont dans cette situation.

D'autre part, l'on a opposé à la mise en pratique de cette méthode que : 1° le vagin servant de cloaque, et n'ayant pas de contractilité musculaire, n'expulsera pas la totalité de l'urine, d'où formation de calculs ; 2° on ne peut espérer que la cicatrice, en admettant qu'elle se fasse, résiste longtemps à la décomposition putride du liquide ; 3° les règles peuvent être conservées, et alors le sang se mélangera au fluide urinaire et pourra mettre un obstacle à sa sortie ; 4° le passage de l'urine dans le péritoine, par l'utérus et les trompes ; 5° on ne

peut priver les femmes encore jeunes d'un pareil organe, puisque l'on a vu plusieurs devenir enceintes et mettre au monde des enfants bien constitués ; 6° qu'on n'obtiendrait que très difficilement l'oblitération complète du vagin, surtout à la partie correspondante de l'urètre. On sait, en effet, que l'urètre est creusé dans la paroi antérieure du vagin, et que, par conséquent, dans ce point, il n'y a pas assez de tissu pour une cicatrisation solide (c'est là qu'eut lieu la déchirure dans l'observation de M. Vidal).

Ce chirurgien a bien saisi la portée de ces objections, et tout en admettant que les règles peuvent passer par l'urètre, que les urines peuvent être chassées par cette nouvelle vessie, et qu'elles peuvent jaillir, qu'elles ne pénètrent point dans la matrice pour passer par les trompes et tomber dans le péritoine ; enfin, que la cicatrice s'est assez maintenue pour que les dépôts calcaires ne se fassent pas facilement dans la nouvelle vessie ; ce chirurgien, disons-nous, désire qu'on ne tente ce moyen que quand tous les autres ont échoué, et alors que la malade succombant aux conséquences douloureuses et dégoûtantes de son infirmité, le demande-t-elle même à plusieurs reprises.

Tous ces reproches, joints aux résultats négatifs de l'expérience, nous semble devoir faire rejeter la méthode de M. Vidal, et malgré la modification

proposée par cet auteur et M. Lenoir, modification qui consiste, pour empêcher la présence de l'urine dans le vagin, à pratiquer une ponction par le rectum, et à transformer cette ponction en fistule, par laquelle l'urine et le sang des règles tomberaient dans l'intestin, le sphincter empêchant une évacuation constante et involontaire; nous persistons à soutenir que, dans ces cas, le remède serait pire que le mal.

En terminant cette appréciation des méthodes opératoires de la fistule vésico-vaginale, disons avec M. Vidal : « Il n'existe aucune observation bien » détaillée, bien authentique de guérison de fistule » du bas-fond de la vessie, avec perte de substance » et d'une date ancienne; la méthode directe est » fondamentalement vicieuse dans ce cas; la mé» thode indirecte ne compte aucun succès. »

Espérons que de nouvelles recherches changeront l'état de la science sur ce point de médecine opératoire, et ne désespérons pas de voir un jour, grâce à de nouveaux progrès, guérir cette dégoûtante infirmité.



FIN.

Permis d'imprimer :
Le Président-Censeur, ALQUIÉ.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Sur lesquelles le Candidat doit répondre verbalement, en exécution de l'Arrêté du 22 Mars 1842.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Des préparations pharmaceutiqaes dont le jalap et la scammonée sont la source.

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Faire connaître les produits qui résultent de l'action de l'ammoniaque sur le potassium et le sodium.

BOTANIQUE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Quels sont les organes fondamentaux de la nutrition des végétaux?

ANATOMIE.

Des nerfs des vaisseaux sanguins.

PHYSIOLOGIE.

Qu'est-ce que la physiologie humaine?

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Quelle idée doit-on se faire de la spécificité des maladies?

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

Quel est le rôle que jouent les humeurs dans la pathologie?

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Les fractures longitudinales des os des membres peuvent-elles se produire?

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Quelles sont les sources où la thérapeutique va puiser les agents de la guérison?

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Du traitement de l'anévrysme du pli du coude.

MÉDECINE LÉGALE.

Des prédispositions morbides considérées au point de vue médico-légal.

HYGIÈNE.

Quelles sont les qualités que les eaux doivent avoir pour être saines ?

ACCOUCHEMENTS.

Les moyeus de nutrition du fœtus sont-ils les mêmes aux diverses époques de la grossesse?

CLINIQUE INTERNE.

Y a-t-il plusieurs espèces de crises?

CLINIQUE EXTERNE.

De l'utilité des moyens orthopédiques dans le traitement des difformités.

SUJET DE THÈSE.

Apprécier les méthodes opératoires de la fistule vésico-vaginale.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Messieurs :

BÉRARD ✻, DOYEN, *Présid.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
LORDAT O ✻.	*Physiologie.*
DUPORTAL ✻.	*Chimie médicale et pharmacie.*
DUBRUEIL O ✻	*Anatomie.*
GOLFIN ✻.	*Thérapeutique et matière méd.*
RIBES ✻.	*Hygiène.*
RECH ✻.	*Pathologie médicale.*
RENÉ ✻.	*Médecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et appareils.*
BOUISSON ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
I. DUMAS, *Ex.*	*Accouchemens.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
JAUMES.	*Pathologie et Thérap. génér.*
ALQUIÉ.	*Clinique chirurgicale.*
MARTINS ✻.	*Botanique.*
DUPRÉ.	*Clinique médicale.*

Professeur honoraire :

M. LALLEMAND O. ✻, Membre de l'Institut.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Messieurs :	Messieurs :
CHRESTIEN, *Ex.*	LOMBARD,
BROUSSE.	ANGLADA.
PARLIER ✻.	LASSALVY.
BARRE.	COMBAL,
BOURELY.	COURTY.
BENOIT.	BOURDEL, *Ex.*
QUISSAC.	....